Rispettoso omaggio
E. Greppi

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ
DI CATANIA

LA PATOLOGIA ARTERIOSA FUNZIONALE NEL CIMENTO DELLA VITA MODERNA : :

Prof. ENRICO GREPPI - Direttore



Estratto dalla "RIVISTA SANITARIA SICILIANA„ n. 2-1934 - Vol. XXII

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ
DI CATANIA

LA PATOLOGIA ARTERIOSA FUNZIONALE NEL CIMENTO DELLA VITA MODERNA : :

Prof. ENRICO GREPPI - Direttore



Estratto dalla " RIVISTA SANITARIA SICILIANA „ n. 2-1934 - Vol. XXII

Casiraghi & Bonazzola - Milano

Signori: non è per pura tradizione accademica, ma per naturale legame di storia e di spirito, se io — dopo un primo saluto all'Università di Catania ed un ringraziamento al decano Prof. Di Mattei, che a nome della Facoltà medica m'ha accolto con parole benigne — ricordo qui con animo riconoscente il mio maestro di 12 anni di vita universitaria: Luigi Zoia.

Dodici anni di stretta convivenza, trascorsi nel quadro d'opere e di pensiero di una Clinica medica moderna, significano un'impronta non certo effimera nè superficiale nello spirito dell'allievo che oggi lascia l'antica Scuola, lascia le persone e le cose ed i limiti abituali della propria attività di studioso e di medico per assumere un nuovo più alto compito.

Ricordo bene — è sensazione fresca — il sorriso cordiale, il discorso subito portato a motivi sostanziosi di studio, con cui l'allora Direttore della Clinica pavese accoglieva e tosto legava a sè per viva simpatia il laureato nuovo ed ignoto, cui soli titoli erano gli studî severi nell'Ateneo fiorentino, la guerra combattuta, la tesi sulle emolisi sperimentali protetta dal nome illustre di Guido Banti.

Quello stesso sorriso, quel discorso nutrito d'esperienza e di attenzione vigile a tutto ciò che tocchi biologia e medicina, scienza e pratica, opere e persone, si sono rinnovati di giorno in giorno nella vita della Clinica secondo il ritmo sempre più ricco del pensiero e delle azioni, ed oggi ancora offrono quasi un suggello ideale all'aiuto degli ultimi cinque anni, a colui ch'era ormai il più vecchio e costante fra gli allievi e che non ha appreso ed operato se non nell'atmosfera del maestro di Pavia e di Milano.

A lui ed alla Clinica milanese il mio saluto d'oggi, da questa nuova sede di studi: saluto cui Voi certamente consentite con naturale cordialità, pensando a ciò che valgono come contenuto spirituale e come concreta edu-

---

Prolusione letta nell' Aula magna dell' Università il 9-1-1934 - XII

cazione medica i primi anni di vita universitaria attivamente vissuti in un solo ambiente, con un solo maestro, con un indirizzo costante ed un graduale sviluppo di conoscenze e d'esperienza.

Con l'accenno sobrio alle persone ed ai luoghi che m'hanno ospitato dai primi studî medici fino ad oggi, io chiudo il giusto e tradizionale richiamo alla propria storia: richiamo che vale un poco a presentare l'insegnante nuovo, se non come individuo intimo, per lo meno come parziale risultato ed esponente di una certa linea di condotta personale e di certe condizioni ambiente. La mia vita di medico universitario, per i tratti che ho riferito e per ciò ch'io posso vedere con obiettivo giudizio, non offre in fondo altro carattere che quello di un'attività misurata e regolare, del lavoro condotto secondo una propria linea di coerenza e di serenità: due qualità queste che per il loro significato direi naturale — quali fortune ereditarie più che merito dell'individuo — io spero ed auguro conservare come nota giusta e propizia per il mio ambiente, operando secondo le mie forze.

Ed ora, Signori colleghi ed allievi di Catania, io penso che Voi attendiate una parola che esprima con tono sincero il mio sentimento d'oggi, di questo giorno totalmente nuovo per me nei rapporti con l'ambiente, con le persone, con il compito didattico che mi è affidato. Ebbene oggi io sento, e vorrei dirvi con forma più degna ed elaborata secondo il valore della circostanza, che l'elemento primo e più saliente di questa mia nuova vita, l'elemento più singolare come motivo di gusto e d'intelletto, come prestigio di tradizione e di richiami suggestivi, è *la speciale qualità della sede universitaria* cui mi onoro di partecipare secondo la fiducia manifestatami dalla Facoltà medica.

Un vecchio centro di studi in Sicilia, credo non possa a meno di colpire l'attenzione e quasi l'immaginazione di chi sia chiamato a farne parte per svolgere opera di insegnamento e di indagine medica, e per questo suo compito venga a contatto della vita locale non solo nelle persone e nelle cose d'oggi ma anche — come medico e come studioso — nella somma di bene e di male che l'eredità etnica e storica impone ad ogni paese ricco di vita propria.

Anche un uomo di modesta cultura, purchè capace di sentire l'ambiente; anche l'uomo intento al lavoro del giorno secondo basi tecniche di per sè indipendenti da qualunque tradizione, sarà indotto — io credo — ad una pausa nel ritmo di pensiero e di azione per considerare il nuovo legame con un mondo che per la sua classica impronta greco-fenicio-romana, e per l'opera successiva di arabi e di normanni e di spagnoli, merita per eccellenza, nel suo valore più vivo, il titolo di « centro mediterraneo ».

In verità colui che si accinge ad assumere rapporti delicati di vita con l'ambiente — *vita attuale*, rapporti non solo pratici e privati, ma morali ed ufficiali secondo il compito nostro universitario — venendo alla Vostra Sicilia e interrogandone il volto e la storia sente il proprio spirito attratto da un pro-

blema ch'è insieme intellettuale e concreto, e che io proporrei in questi termini: esiste oggi una *civiltà* definibile come « mediterranea », e dove tocca l'opera nostra?

A noi medici basterebbe ricordare l'esistenza di una patologia mediterranea, per quanto non rigorosa nei suoi limiti, e come essa meriti gli studi più attenti secondo l'ottima tradizione degli Atenei Siciliani; ma io penso qui, sia pure appena accennando, al problema più lato di una vita di pensiero e di opere che interessi nel suo insieme l'istituzione universitaria, e che nel mondo mediterraneo trovi motivi propri di ritmo e d'orientamento. Ebbene: se non una civiltà — oggi difficile a distinguersi nel campo generale della cultura — noi sentiamc in vita e vediamo rifiorire *un insieme di forze* che in queste terre hanno storia e base naturale, e che per il tenace legame con l'ideale classico tendono oggi ancora a favorire, contro correnti diverse e in parte discordi, la qualità prima ed essenziale della vita mediterranea: l'armonia fra le parti, la misura intelligente fra pensiero ed azione, fra astratto e concreto, l'ideale insomma che alla medicina stessa assegnava PLATONE per bocca di ERISSIMACO medico nel Simposio.

Si parla in vari ambienti nostri e stranieri di una « rinascenza » mediterranea, offerta soprattutto dalle terre costiere dell'Africa e manifesta nell'opera generale di civiltà e di cultura. Agli Atenei di Sicilia deve sorridere come giusta ambizione la possibilità crescente di essere centro florido ed attivo di studî raccogliendo in forma pronta e armonica, e nel pieno cuore del mondo mediterraneo, le voci del Nord e del Sud.

Un solo esempio, recente ed autorevole, credo basterà a confermare il mio brevissimo accenno sulla nuova forza d'opere e di ideali che si sviluppa in queste terre, dall'Egitto alla Provenza. Presentando al mondo della cultura il progetto per il « Centro universitario mediterraneo di Nizza », PAUL VALÉRY augura — sono sue parole — che il nuovo istituto « s'imponga, un giorno futuro, come il centro d'elaborazione di una conoscenza mediterranea, come il punto in cui s'abbia a creare una coscienza sempre più chiara e completa della funzione propria di *questo mare privilegiato nello sviluppo degli ideali e delle risorse dell'uomo* ».

« L'ordine — aggiunge ancora il VALÉRY — l'ordine, in ogni cosa, è nato sulle sue coste. *La nostra epoca eccessiva non dovrebbe dimenticarlo* ».

All'Ateneo di Catania, e pur con la mia voce modesta, l'augurio di comparire degnamente in questa nuova e ricca vita mediterranea.

* * *

La frase or ora riferita con cui il critico e poeta francese, a noi doppiamente caro per la madre italiana e per il culto di Leonardo, commenta l'ec-

cesso di tono, di cimento attivo, di carico nervoso imposto all'individuo dalla vita moderna in confronto della misura più sobria, più *naturalmente* proporzionata ai limiti fisici e psichici dell'uomo, che noi sogliamo ammettere e quasi rimpiangere nella vita classica mediterranea; quella frase — dico — mi porta direttamente al tema medico ch'io mi sono proposto di toccare con brevi richiami dottrinari e pratici parlando ai colleghi ed agli allievi dello Studio Catanese: il tema della *suscettibilità funzionale della circolazione arteriosa*, rispondente agli stimoli individuali ed ambientali fino a stati di malattia.

E' un argomento di tale importanza sociale, di tanto interesse biologico, che meriterebbe voce più autorevole ed efficace. S'io oso parlarne, è perchè da alcuni anni, vivendo ed operando con intendimento medico in ambienti ricchi nello stesso tempo di patologia circolatoria e di vita moderna a tensione alta per quanto non estrema, ho avuto modo di contemplare non solo gli aspetti scientifici e propriamente clinici del problema, rispondenti alla morbosità dell'individuo singolo, ma anche e con non minore attenzione gli aspetti empirici, statistici, offerti dalla patologia arteriosa come frequenza e fisionomia di disturbi, come qualità di malati e di famiglie, come gioco complesso di eredità, di impronta individuale, di fattori ambiente e di vario ritmo evolutivo.

Nell'avvicinare modestamente e quasi timidamente questi problemi — se non per l'orgoglio di superare il difficile e l'oscuro, per lo meno con la speranza di chiarire i punti di giunzione fra i diversi aspetti e di facilitarne la giusta visione d'insieme — io ho avuto compagni di lavoro numerosi giovani colleghi ed allievi della Clinica di Milano, liberamente raccolti ed operanti in continua collaborazione. A loro tutti — quelli che rimangono sotto il comune maestro e quelli che mi seguono o mi seguiranno con alto spirito di disinteresse e di affinità ideale — io porgo qui una parola amichevole di ringraziamento e di stimolo a perseverare, considerando non tanto il lavoro già compiuto quanto e più volontieri l'opera che ancora continua per sviluppi ulteriori, che potrà forse portare a qualche utile contributo verso l'aspirazione prima e naturale di noi tutti medici: la terapia di prevenzione e di freno contro l'angiospasmo ipertensivo.

E con questo titolo io mi riferisco senz'altro al binomio « spasmo arterioso diffuso — aumento della pressione sanguigna », che aderendo per intiero all'ipertensione essenziale o « *malattia ipertensiva* » rappresenta e comprende la più gran parte della patologia funzionale arteriosa meritevole di rilievo biologico e sociale.

E' doveroso confessare come non si tratti per nulla di cosa nuova e veramente « moderna », ed è conforto per noi ricordare qui l'opera ormai classica e preveggente di clinici nostri. Già il De Giovanni parlava di « irritabilità arteriosa », ed il mio maestro fra i primi riconosceva rapporti chiari fra gli abusi dietetici e certi episodi o stati pletorico-ipertensivi; ma si deve al Forlanini, che non per nulla ebbe a collaboratore un Riva Rocci per le inda-

gini sul regime della pressione arteriosa nell'uomo, una chiara visione del nocciolo essenziale dell'argomento che egli riconduceva — sono sue parole e risalgono al 1896 — « a protratte o ripetute esagerazioni del tono arterioso » verosimilmente dipendenti da « processi di lesa secrezione interna di organi a funzione ipertensiva».

Non a torto il CARPI, come già il FRUGONI a Roma, in una recente discussione all'Accademia lombarda di medicina e chirurgia proponeva il nome di « malattia di FORLANINI » per l'ipertensione essenziale. E chi scorra la discussione sul tema al Congresso di Roma 1932, si persuade come le nozioni concrete di fisiopatologia e di clinica portino anche oggi al primo piano una concezione neuro-chimica strettamente affine a quella esposta con la sobrietà sua abituale dal Maestro lombardo.

I lati nuovi, quelli che danno quasi una nota di attualità biologico-sociale al tema delle sindromi circolatorie spastiche, mi sembrano essere per eccellenza questi due:

1°) un brillante fecondo risultato della fisiologia sperimentale: l'ipertensione arteriosa permanente provocata negli animali dalla soppressione chirurgica dei nervi pressorecettori preposti alla regolazione del circolo (n. aortici e carotidei);

2°) il rilievo, in gran parte recente, della frequenza, della precocità delle sindromi angiospastiche ipertensive, della loro impronta familiare ereditaria, della loro facile fisionomia psico-neurastenica, del discusso rapporto coi fattori ambiente.

Il primo tema è ora in pieno sviluppo mercè l'opera di quelle scuole mediche che, una volta conosciuto il risultato sperimentale per merito di HERING, ne hanno intuito o dedotto i rapporti di stretta affinità con la patologia umana. A me pare — e già ne feci cenno nella relazione di Roma, proponendo il titolo di « sindrome di HERING » a questo nuovo complesso sperimentale in onore del fisiologo di Colonia, cui tuttavia diedero il primo spunto le vecchie ricerche di PAGANO e SICILIANO sul seno carotideo — a me pare, dico, che l'aspetto più attraente dell'esperimento, per noi medici, stia nell'offrirci la possibilità di indagini sull'*inizio e sul primo sviluppo* dello stato ipertensivo, superando la difficoltà opposta dalla patologia umana che ancora oggi suole troppo spesso sottrarre alla nostra osservazione le fasi precoci, remote, della malattia.

E' con questo intento che, partendo dall'opera dei fisiologi tedeschi e belgi, e dopo prime ricerche d'orientamento a Liegi ed a Milano, il Dott. MARTINETTI riprenderà ora il laborioso studio nella nostra nuova sede. Io qui non insisto più oltre, preferendo lasciare un punto d'alto interesse biologico, ma ancora di stretto significato tecnico, per fermarmi più volentieri sull'altro aspetto attuale delle sindromi angiospastiche: la frequenza e la qualità dei malati.

Malati in atto ed in potenza, conclamati e predisposti: ecco il lato forse più notevole nella ricchissima casistica degli ipertesi arteriosi, il lato che tocca noi medici nell'opera nostra assai più preventiva e regolatrice che non radicalmente curativa.

Se già il numero degli ipertesi appare assai alto nei limiti comunemente considerati dell'età senile o meglio *presenile* — secondo i noti rapporti con l'età critica, con lo sviluppo parallelo di tare metaboliche tipo obesità e diabete « florido », con le manifestazioni vascolari e sanguigne di tipo pletorico — che dire poi del numero forse più vasto di *predisposti*, se non addirittura di candidati all'ipertensione ed alle sue sequele o associazioni viscerali: l'ictus cerebrale, l'asma cardiaco e l'angina di petto, la tossicosi renale? E che pensare sull'*inizio apparente e sull'inizio reale della malattia*, quando la critica accurata della storia familiare e individuale ce ne rivela ogni giorno l'impronta remota, il decorso latente sino ad affermazioni episodiche od a graduale progresso, e ci fa sorprendere il contrasto singolare fra soggetti sensibilissimi al turbamento vasomotorio angiospastico, a lievi oscillazioni tensive facilmente misconosciute persino dai medici — passano per labili o nevrosici in senso lato — ed altri invece che ignorano letteralmente sè stessi per decenni fino ad un episodio drammatico od al rilievo obiettivo fortuito?

Il progresso attuale delle nostre nozioni sta precisamente nell'avere rivelato la precocità remota e d'altra parte la lentezza evolutiva delle sindromi angiospastiche: nell'avere — insomma — aperto gli occhi di noi medici non solo nè tanto sull'iperteso in atto, uomo adulto e più o meno complicato da lesioni viscerali, quanto piuttosto sui suoi precedenti e cioè sulla *malattia come storia*, che da una base antica puramente funzionale — un disquilibrio metabolico e nervoso insieme — viene man mano a perdere autonomia e purezza per l'associarsi inevitabile della sclerosi vascolare a varia sede e fisonomia.

Anche questo concetto non è nuovo. Però soltanto in questi ultimi tempi per forza degli studî statistici, dell'osservazione clinica protratta sulle famiglie e sugli individui, dei brillanti progressi nello studio dei temperamenti e delle diatesi, infine per la sorprendente analogia della sindrome sperimentale, l'idea dell'ipertensione come malattia precoce ed evolutiva s'è aperta la strada nella letteratura medica, nei congressi e — fattore non ultimo di chiarificazione e di stimolo alle indagini — nella pratica sociale delle Assicurazioni sulla vita. E' giusto riconoscere come si debba per l'appunto all'interesse ed all'esperienza delle istituzioni assicurative, che soprattutto in America hanno trovato largo e moderno sviluppo, l'opera medica per il riconoscimento delle fasi precoci e degli stati latenti, nonchè per la valutazione prognostica degli ipertesi.

E' mia impressione, del resto, che nel campo medico questo insieme di cognizioni sia tutt'altro che pacifico e comune, nonostante il progredire del-

l'organizzazione sociale della medicina attraverso gli ambulatorî, i policlinici, le casse, che è veramente la più adatta ed efficace per rilievi di tal genere.

Il concetto della malattia come *storia familiare e individuale*, come passaggio da un substrato o « temperamento » ad un disturbo in atto, non mi pare sentito a sufficienza nella pratica medica e forse neppure negli studî, almeno per ciò che riguarda la considerazione dei primi segni della tara morbosa, delle sue fasi oscillanti.

Le osservazioni d'ambulatorio, quali liberamente si svolgono su casistica d'occasione, riescono in doppio modo istruttive perchè ci ammoniscono sulla frequenza media grossolana della malattia per un dato ambiente, e perchè — quando siano seguìte con scrupolo a varie riprese di tempo — ci rivelano aspetti nuovi nella sintomatologia, nel decorso, nella suscettibilità terapeutica. Anche l'esistenza di una tara familiare è più facile a raccogliersi in siffatte condizioni di studio, così come tutta questa messe di nozioni risulterebbe ricca e feconda dall'esperienza dei medici privati se mai l'opera loro — secondo il voto più volte espresso da clinici illustri, dal MACKENZIE al nostro MURRI — fosse per costituire almeno in parte un « corpus » di rilievi statistici e critici.

Che cosa dicono dunque, quanto a frequenza ed a fisionomia, le indagini odierne sull'ipertensione arteriosa?

Dodici per cento di tutti i malati su 8.000 visite, secondo JANEWAY. Il BRESADOLA a Milano, nell'ambulatorio comunale diretto dal Dott. MARTINELLI, in un solo semestre 1932 ha raccolto 200 osservazioni, e qui pure nella misura del 12 % sull'attività totale del centro. Nella Clinica universitaria, sempre a Milano e nel quadro d'insieme degli studî nostri sull'argomento, ZARDI ha trovato 180 ipertesi fra 260 diabetici presentatisi allo speciale dispensario che il mio Maestro ha creato con illuminata e provvida iniziativa.

Quest'ultima cifra, assai alta, è in evidente istruttivo rapporto con la scelta particolare dei soggetti, concordando assai da vicino con le statistiche tedesche e americane e con l'esperienza comune di tutti i medici sulla *facile associazione delle due tare*, sia nell'individuo stesso sia anche nelle famiglie offerenti la tipica impronta « neuro-artritica » o « florida » nell'abito, nei costumi di vita, nella morbilità.

Facile associazione che — aggiungo subito per togliere ogni equivoco — per sè sola non dimostra alcun rapporto diretto o successivo, alcun passaggio *obbligato* dall'una all'altra sindrome, potendo questa o quella svilupparsi e direi *incontrarsi* sul medesimo terreno e quasi nel medesimo tempo — nel decennio presenile, ch'è in certo modo l'età critica delle tendenze ipertensive e diabetiche — per una doppia linea parallela ma indipendente di tare endogene e di fattori acquisiti.

E' mia impressione, sulla letteratura e sull'esperienza, che il modesto ma sicuro disquilibrio della regolazione glicemica, riconoscibile fin nei primi stadî dell'ipertensione arteriosa, possa a lungo andare — con la complicità delle

lesioni sclerotiche viscerali — favorire quella insufficienza epato-pancreatica al carico alimentare cui attribuiamo le comuni discrete manifestazioni del diabete florido. E mi sembra anche che la storia dell'individuo, particolarmente raccolta ad hoc, permetta spesso di anteporre nel tempo l'ipertensione, col suo corteo nervoso e circolatorio, al diabete.

L'uno e l'altro motivo farebbero comparire la tara vascolare prevalente e forse un poco responsabile della tara metabolica. Però è giudizio assai difficile e incerto per il fatto stesso della latenza e precocità endogena di entrambe le malattie, e perchè — per quello ch'io conosco — lo studio accurato dell'inizio e dell'intreccio reciproco fra di esse è ancora da compiere.

Opera — questa pure — di ambulatorî modernamente orientati, e di storie familiari raccolte con cura obiettiva! Per intanto, senza toccare il nocciolo patogenetico di questa frequente associazione morbosa, che in parte minore si ripresenta per i rapporti fra ipertensione e obesità, ricordo ancora le cifre già dette e v'insisto per far vedere come in un centro di esami medici ad etichetta diabetica affluisca una percentuale altissima di ipertesi arteriosi, meritevoli a loro volta di particolare considerazione.

Ritorniamo al problema della frequenza e qualità degli « ipertesi puri ». Per mostrare come il loro numero superi assai le opinioni correnti, a loro volta fissate e mantenute in molti trattati di medicina, mi basta aggiungere alle statistiche già dette quella da RISEMANN e WEISS, raccolta negli ambulatori del Boston City Hospital: 1000 casi di ipertensione « non complicata » — dicono gli Autori — vale a dire di ipertensione essenziale o meglio *autonoma* in quanto se ne accerti l'indipendenza da una malattia renale esogena pregressa e d'altra parte la mancanza di sequele vascolari e viscerali importanti.

Mille casi d'ipertensione pura, in un solo centro ambulatorio, in soli 3 anni e mezzo di tempo! e siamo ancora nei limiti grossolani di un aumento ormai chiaro e permanente della pressione sanguigna, per quanto la casistica ambulatoria non solo superi di numero ma preceda nella storia della malattia il contributo degli ospedali, che naturalmente si limita alle forme più gravi e complicate. Ma che pensare di questi soggetti nella loro vita precedente: in altre parole, quando ha avuto inizio il loro disquilibrio circolatorio?

Nonostante la voce autorevole di v. BERGMANN, di PAL, di VAQUEZ e altri, un po' per la difficoltà intrinseca del tema ed un poco anche per i motivi già addotti di casistica e di orientamento medico, questo che io ho chiamato il problema « dell'inizio apparente e dell'inizio reale dell'ipertensione » offre ancora molte incertezze sia dottrinarie sia pratiche, oscillando secondo una variabilità tutt'affatto individuale fra i due estremi delle forme ignorate e delle forme precocemente sentite, se non addirittura (e vedremo poi) *presentite* dal paziente.

Solo uno studio largo e condotto per decenni potrà darci luce, ed io ri-

tengo verrà a confermare quello che oggi possiamo indurre in linea di probabilità. Oggi infatti, e giorno per giorno sulla casistica che ci si offre allo studio, qualche cosa d'istruttivo possiamo trarre da un'accurata anamnesi a ritroso, individuale e familiare, integrata dal rilievo obiettivo di sintomi generali e viscerali.

Bresadola, a Milano, ha bene assolto il suo compito mercè lo studio diligente della sintomatologia e della storia morbosa in 210 casi d'ipertensione, raccolti secondo la contingenza spontanea e cioè senza l'arbitrio troppo comune di limitazioni a priori e di distinzioni in « forme ». Egli ha trovato prevalenza numerica delle donne (forse un po' più di uomini si sottrae agli ambulatorî), predominio di casi a lenta discreta associazione di note sclerotiche vasali, frequente precocità dei primi segni di disquilibrio rappresentati da sensazioni generali e viscerali di schietto tipo psico-nevrosico.

L'origine remota, spesso in piena età giovanile, l'alone nervoso a fisionomia generica e non di rado « neurastenica », il facile peggiorare e quasi il *dichiararsi* della sindrome nell'epoca presenile corrispondente al profondo turbamento dell'armonia organica, l'associazione graduale tardiva della sclerosi arteriolare con deficit funzionale interessante per eccellenza cuore e rene, l'accidentalità dei guasti cerebrali con significato assai più dinamico che meccanico (episodî di ischemia più che rottura brutale di arterie): tutte queste nozioni emergono dalle indagini dell'ultimo decennio e prendono finalmente vigore anche nel nostro paese per il progredire dell'organizzazione scientifica e sociale della medicina, costituendo una sorta di terreno vivo e attuale cui il quadro e i limiti classici della patologia non possono a meno di adattarsi con la massima elasticità, non disgiunta tuttavia da prudenza critica.

L'elasticità, la novità dell'orientamento medico « funzionale » corrisponde all'interpretazione neuro-endocrina della malattia ipertensiva che noi consideriamo oggi come disquilibrio puro precoce a prevalente substrato endogeno, come disfunzione a lento sviluppo ed a sottile intreccio con la sclerosi arteriosa ma in confronto di questa — ed in contrasto netto con l'idea d'un tempo — quasi più importante per la qualità dei malati e dei fenomeni. Di qui lo sforzo per riconoscere i casi latenti o trascurati, per risalire alle fasi remote; di qui il desiderio logico, se pur arduo e delicato sotto l'aspetto sia pratico che dottrinario, di sorprendere fin d'oggi coloro che sono avviati al vizio circolatorio o che semplicemente possono esservi predisposti.

Esiste dunque una tara ereditaria positiva; esiste un'impronta costituzionale definita, una sintomatologia precoce o premonitrice? Fermiamoci brevemente su ciascuno di questi punti.

Per *tara ereditaria positiva* intendo qualche cosa di concreto nella trasmissione dei caratteri familiari, tale da influire, in via diretta ed apprezzabile, sulla disposizione morbosa e quasi sul destino vitale dell'individuo. Nel caso nostro non può esservi dubbio, dopo le molte accurate indagini statistiche ini-

ziate dapprima in Germania ed oggi confermate con attenta critica anche in Italia (600 osservazioni raccolte da DE LEONARDI a Milano per mio suggerimento): *l'eredità pesa duramente* sull'iperteso arterioso, in misura forse più chiara e diretta che non per altre discrasie a classica impronta familiare quali il diabete e la gotta.

Naturalmente l'indagine non riesce facile nè sicura, specialmente per chi si fermi alla storia morbosa dichiarata della famiglia: è soprattuto alle cause di morte negli antecedenti o nei collaterali che si dà rilievo per sospettare la tara angiospastico-ipertensiva, e già questo modo indiretto dà per risultato cifre del 70 %. Oggi però possediamo indizi più diretti e concreti *studiando la famiglia nella sua attualità,* col duplice obietto di scoprire individui francamente ipertesi e di valutare, secondo criteri biologico-medici (« biotipologici », per usare la parola ormai imposta dall'opera di PENDE), l'impronta vitale d'insieme dei ceppi d'origine, la loro morbilità vascolare, l'esistenza parallela od associata di altre tare come quella diabetica già detta.

Il frutto di queste ricerche, che ogni medico può e deve tentare in breve sintesi pratica, non potrebbe essere più istruttivo. Ormai è cosa comune il trovare cifre d'ipertensione arteriosa nei genitori superstiti di un paziente sui 40 anni, a parte la frequentissima espressiva storia di ictus e di asma cardiaco a carico degli avi e degli zii; e non è più raro — per chi osservi con attenzione — scoprire di già segni decisivi o almeno sospetti nella generazione dei nipoti in pieno 3° decennio di loro vita. Ma ciò che più colpisce, ciò che interessa come espressione viva di tendenza e non solo come rapporto bruto di fatti, è di sorprendere così di frequente nella famiglia stessa le note di quella costituzione somatica e dinamica, fatta di forme corporee, di temperamento psico-nervoso e di costumi di vita, che non per nulla e non a torto va sotto il classico nome di *abito pletorico-apoplettico*.

L'esperienza insegna che l'ipertensione arteriosa si sviluppa con particolare facilità — pur senza legame reciproco d'obbligo, com'è ovvio per ogni rapporto tra forme e funzioni — negli individui di questo tipo e nelle famiglie in cui esso predomina. Il rilievo familiare si aggiunge a quello individuale, o lo chiarifica nei casi meno netti mostrando un'impronta storica e attuale dello stesso carattere, sicchè vien fatto di pensare già su questa base se ciò che si eredita come tara non sia precisamente l'abito con le sue note preformate, le sue tendenze evolutive, le sue reazioni all'ambiente.

Non sto qui a descrivere — chè sono nozioni comuni, passate dall'empirismo ippocratico al rigore scientifico delle scuole costituzionalistiche moderne — i caratteri dirò così statici e conclamati dell'abito pletorico: ancora e sempre m'importa risalire agli aspetti precoci, latenti, al temperamento più che al vizio morboso in atto, per non ricadere di nuovo anche per questa via allo stadio manifesto e fatalmente « impuro » o tardivo della malattia ipertensiva.

Come sempre avviene in tema di diatesi, di tendenze morbose, e tanto più quando il male si riduce allo spostamento di un livello attivo in continuo equilibrio mobile, è difficile segnare i confini fra il normale e il patologico: basta accennare agli studî vecchi e nuovi sui rapporti della pressione arteriosa col sesso, con le varie età, con la razza, con le abitudini di vita — statistiche americane su 200.000 persone e più, sulle comunità religiose, sui detenuti, ecc. — per convincersene. Ma considerando strettamente l'abito pletorico in confronto con gli equilibri funzionali fisiologici per il nostro ambiente, vediamo come in esso certi valori base, certi atteggiamenti siano precocemente orientati verso livelli un poco più alti delle medie normali, verso un'impronta « iperstenica ».

In un giovane trentenne, d'aspetto forte, di maniere energiche, lavoratore generoso, noi troveremo facilmente pressioni sistoliche di 135-140 e diastoliche di 80 contro il più comune livello di 125-70 o pressappoco. Più facilmente ancora questo soggetto *risponderà* con vivaci labili rialzi tensivi allo stimolo del freddo, delle emozioni, della fatica, senza meritare per ciò solo lo spiacevole giudizio di malato in potenza o addirittura in preparazione!

Eppure è proprio qui il punto delicato, dove noi medici moderni riusciamo forse a toccare l'ideale nostro di un'opera preventiva sui primi disquilibri e sulle prime tendenze morbose, e d'altronde restiamo perplessi e quasi esitanti nell'estendere oltre l'abituale misura dottrinale e pratica il concetto stesso di malattia. Il contrasto fra medicina funzionale e medicina anatomica, che in sostanza e per buona sorte non è se non il progresso stesso muoventesi grado a grado, e con inevitabili oscillazioni, fra il possibile e il dimostrato, fra l'ardimento del nuovo e la prudenza critica, diviene nel nostro caso un problema attuale, capace d'influire sia pure come nota dissimulata nell'atteggiamento pratico nostro.

Quell'individuo figura certamente fra i *robusti*: ma dall'impronta sua « iperstenica », con elevato tono circolatorio, a segni o episodî di costrizione arteriosa, di « ipertono » vasale e di pletora sanguigna, il passo non è lungo nè difficile, e difatti l'esperienza comincia oggi a dimostrarlo non insolito. Si tratta dunque — per seguire ancora la parola di Nicola Pende, vero maestro d'avanguardia nel campo dei temperamenti e delle diatesi — di una « falsa robustezza »: e si deve valutarne e dichiararne la tendenza concreta all'angiospasmo ipertensivo?

Evidentemente il rapporto particolare fra medico e individuo in esame non può aderire, in ogni lato e per ogni misura, al problema generale che la medicina considera secondo i più moderni orientamenti biologici. Se la medicina affronta e tenta fino alle sue intime radici il tema dell'origine remota dell'ipertensione, discutendo sull'esistenza e sul riconoscimento di quello che potremmo dire un « temperamento angiospastico »; il medico, per conto

suo, non potrà a meno di essere molto cauto nell'applicazione ad personam di nozioni ancor troppo generiche e legate a criteri larghi di « media », astenendosi dal prevedere apertamente, su semplici motivi di possibilità o di tendenza evolutiva, l'avviamento concreto dell'individuo alla malattia.

Altrettanto si pensa e si osserva, in fondo, per tutte le diatesi e le tare ereditarie, con l'unica eccezione dell'energica lotta preventiva organizzata contro la tubercolosi. Senza uscire dai miei limiti, vorrei avere voce sufficiente per convincere dell'opportunità d'una più efficace tempestiva difesa contro le malattie cardiovascolari.

Tutto consiste nel vedere se questo problema del temperamento angiospastico del candidato all'ipertensione offra aspetti relativamente concreti e suscettibili di una certa misura pratica, tanto da poter interessare ogni medico nella sua opera quotidiana ed ogni individuo giustamente geloso del proprio patrimonio di salute.

Affermato, secondo la sua ricca esperienza, l'intimo rapporto fra l'impronta dinamica individuale ed il vario orientamento del gioco neuro-endocrino, il PENDE descrive con tocchi efficaci un certo numero di *temperamenti* contrassegnati da una sola nota endocrina dominante. Leggiamo, per esempio, com'è descritto « il temperamento ipersurrenalico ».

« Abito apoplettico con sviluppo notevole della muscolatura, del cuore sinistro e delle arterie; pressione arteriosa tendente a valori alti: ipertricosi del tronco e degli arti. Iperglicemia, ipercolesterinemia, simpaticotonia. Molta energia morale ed intellettuale, istinto di offesa e difesa esagerato.

Nella donna è frequente l'adiposità cronica con macromastia, sviluppo sessuale precoce ma con caratteri somatici e psichici alquanto mascolini (irsutismo, grande forza fisica, carattere autoritario, combattivo, coraggioso, esagerato spirito d'iniziativa e d'indipendenza) ».

Sotto il titolo di « temperamento ipergenitalico » troviamo pure alcune note somatiche e funzionali che ricordano aspetti tipici per l'abito pletorico, così per esempio « predominanza lieve del tronco sugli arti, del torace sull'addome, statura un po' inferiore alla media, cranio voluminoso; peso del corpo alquanto elevato rispetto alla statura, piuttosto per lo sviluppo vigoroso dei muscoli che per quello del grasso ». Ed ancora: « cuore ed arterie bene sviluppati, globuli rossi numerosi, parasimpaticotonismo, carattere calmo, stabile, euforico, energico, con impulsi artistici molto sviluppati ».

A sua volta LÉOPOLD LÊVY, noto cultore francese di nervosismi e di endocrinie, riconosce nel gruppo degli « individui ipermotori, iperattivi, spastici » un'azione importante e in parte decisiva al surrene come responsabile — son sue parole — « dell'alto livello metabolico della muscolatura striata e liscia con iperattività motrice e resistenza alla fatica, e però anche dell'orientamento aggressivo di questi soggetti e della loro speciale tendenza agli spasmi del sistema arterioso ed all'ipertensione ».

Dunque possiamo ammettere che all'aspetto somatico, all'impronta generica offerta dall'abito florido ed energico si colleghi il facile avviamento all'angiospasmo ipertensivo: e che il substrato neuro-umorale di questa tendenza comprenda come motivo dominante il prevalere del surrene nel gioco endocrino ed un certo grado di labilità nell'equilibrio nervoso-vegetativo.

Un primo passo notevole è fatto: con criteri obiettivi, con qualche prova biochimica e funzionale relativamente facile, possiamo definire in via di buona probabilità un temperamento che dimostra rapporti indiscutibili con le disfunzioni arteriose di tipo spastico.

Due ragioni ne limitano però la portata pratica. Prima di tutto, queste stigmate somatiche e neuro-chimiche compaiono o si sviluppano in buona parte in età già avanzata, con un massimo corrispondente all'epoca critica presenile epperò in sincronia con la pletora e con l'ipertensione: in altri termini, sono in parte esse stesse già tardive. In secondo luogo si tratta di segni assai spesso lievi, quasi sfumature rispetto al concetto medio di morbilità psico-somatica, cui sogliono associarsi indizî a loro volta modesti e per nulla fatalmente progressivi di vizio attivo circolatorio (semplice « ipertonia »): sicchè lo scopo nostro del riconoscimento precoce ma relativamente concreto della malattia non trova ancora appoggio sufficiente.

Tentiamo allora un'altra via, mettendo a frutto l'esperienza medica più strettamente aderente al tema dell'ipertensione e dei suoi sintomi precoci. Vediamo se sia possibile aggiungere alle note pure e semplici dell'abito qualche criterio medico — raccolto dalla storia subiettiva e dai rilievi obiettivi — che confermi per il singolo individuo l'esistenza di una tara circolatoria schiettamente avviata all'ulteriore sviluppo verso l'ipertensione arteriosa e le sindromi angiospastiche.

Ancora una volta si ritorna alla storia remota degli ipertesi, alla qualità, al ritmo di quei segni o fenomeni che l'esperienza ci dimostra nei precedenti individuali, e che oggi noi già possiamo chiaramente sorprendere in soggetti non presentanti per il resto se non note ancor troppo generiche di eredità e di abito. E si trova, per dire in sintesi pratica il frutto concorde degli studî recenti, che quei sintomi appartengono in gran parte alla sfera nervosa generale e viscerale: i soggetti consultano il medico per fenomeni di « irritazione » e facile stancabilità psico-nervosa, per l'equilibrio oscillante nel loro senso di cenestesia, per lievi turbamenti incostanti nel ritmo del respiro, con qualche batticuore e pulsazione arteriosa al collo e al capo, con senso di peso e di fatica generale dopo i pasti, ma soprattutto — precoce e frequente e capricciosa — per la cefalea.

Un *complesso neuro-astenico* insomma, che per la sua variabilità di ritmo, per la sensibilità all'influenza benefica di una vita più libera e aperta, per l'evidente contraria influenza delle emozioni e del'impegno nervoso —

tutto questo in soggetti sani e classicamente « robusti » — risponde al concetto empirico di « sindrome funzionale » e come tale subisce l'arbitrio in gran parte inevitabile delle idee correnti intorno agli esaurimenti, ai surménages, allo strapazzo nervoso.

Fin qui, in verità, non vi sarebbe molto di particolare se si eccettui forse il predominio della cefalea col suo frequente ritmo accessionale, col prevalere mattutino e la spontanea risoluzione serale fino a pieno benessere. L'elemento proprio dei nostri soggetti, sempre astraendo dalle note ereditarie e psico-somatiche che frattanto avranno colpito l'attenzione del medico, è un elemento obiettivo sia pur d'ordine squisitamente funzionale: e consiste nei *segni di eretismo vasomotorio interessante con precoce preferenza l'equilibrio endocranico*.

Per eretismo vasomotorio intendo un qualche cosa che può e deve distinguersi dai segni più comuni e palesi di labilità nell'equilibrio cardio-vascolare, di risposta in eccesso agli stimoli psichici e fisici, senza di che si ricadrebbe nel generico del nervosismo: voglio anzi qui ancora, come già altrove, insistere nell'allontanare con sicuro criterio il vasto e noto quadro delle nevrosi a base tiroidea, dove la nota cardio-circolatoria è ricchissima e spesso dominante. L'elemento proprio per il caso nostro è l'eccesso di costrizione vasale, di cui ci offrono un primo indizio le variazioni della pressione sanguigna lievi ma facili, sincrone al turbamento subiettivo e contrassegnate — in contrasto netto con ciò che sappiamo per l'ipertiroidismo dopo Pende e Lian — dall'aumento prevalente o anche isolato della pressione dia stolica. Quest'ultimo rilievo è precisamente l'indizio più espressivo dell'aumento delle resistenze periferiche nel circolo arterioso.

Specificando meglio il termine vasomotorio, possiamo dire dunque: « eretismo *angiospastico* interessante, con precoce preferenza, l'equilibrio endocranico ».

E' bene fermarsi un momento su questo punto, pur evitando richiami e dettagli d'ordine strettamente fisiopatologico, perchè tocca da vicino uno dei fattori più importanti e remoti per lo sviluppo — se non per l'origine prima — di molte ipertensioni: il fattore endocranico. E vale per noi tutti come esempio istruttivo per mostrare — se mai ve ne fosse bisogno — quanto importi il superamento delle barriere scolastiche, ed al loro luogo l'intima collaborazione fra le attività specializzate in varî segmenti della biologia e della clinica, quando si voglia affrontare il problema di una malattia che comprende insieme condizioni generali e momenti locali.

Premetto che per « cranio » — secondo una formula da me già proposta ai neurologi per il medesimo tema — giova qui intendere l'insieme degli organi e forze che v'hanno sede e rapporti reciproci, in altri termini « un complesso neuro-endocrino dotato di un proprio equilibrio meccanico e funzionale »: e ricordo che questo complesso è, a sua volta, inserito nel-

l'equilibrio generale dell'organismo, in primo luogo nel ritmo delle funzioni dinamiche del circolo e del respiro, per rapporti altrettanto ricchi e profondi.

Azione nervosa, regime circolatorio, increti ipofisari regolano e subiscono quell'equilibrio locale di forze la cui condizione meccanica è espressa dalla pressione del liquor cefalo-rachideo. I centri bulbari, e forse altri nel mesencefalo, dominano l'equilibrio vasomotorio generale ma d'altra parte *sentono* per conto loro il regime locale di circolo e di pressione. L'ipertensione arteriosa determina o tende a determinare un aumento della pressione endocranica: questa a sua volta si dimostra sperimentalmente e clinicamente capace di provocare o mantenere, in certe condizioni, una sindrome angiospastica ipertensiva.

A priori si deve dunque sospettare che un eretismo vasomotorio generale non possa a meno di avere legami reciproci con l'equilibrio endocranico. Ma l'osservazione clinica soltanto, e con la prudenza necessaria in tema così difficile ad esplorarsi, poteva riconoscere a questi legami il significato concreto di un *fattore endocranico nell'ipertensione arteriosa,* cioè di una o più ragioni locali responsabili in parte del vizio circolatorio, e se non proprio dell'intima patogenesi per lo meno del suo ritmo d'inizio e di sviluppo.

Direi che per l'appunto la prudenza è mancata nell'opera di coloro i quali, come il KAHLER di Vienna ed il CASTEX di Buenos Ayres, affermarono, or sono alcuni anni, la patogenesi *centrale,* cioè encefalica, dell'ipertensione arteriosa in genere. Però il risultato delle indagini cliniche moderne condotte con criterio obiettivo parla ormai chiaramente in favore della frequente precoce partecipazione dell'equilibrio endocranico alla malattia ipertensiva, pur trattenendo ancora il nostro giudizio sul più delicato problema della *primitività* dell'un fenomeno rispetto all'altro e della *essenzialità* dell'intiera sindrome.

Già il complesso psico-neurastenico precedente o iniziante la malattia porta logicamente a sospettare, per i caratteri il decorso e il chiaro rapporto con l'equilibrio generale del circolo, un particolare turbamento nella sensibilità e nell'attitudine funzionale dei centri nervosi. Indice più importante, e l'ho già ricordato, è però la precoce e facile cefalea la quale, fuori d'ogni ragione tossica altrimenti definibile, doveva attirare da tempo l'attenzione dei medici e neurologi sulla esistenza di qualche fattore meccanico-circolatorio interessante l'endocranio.

Gli studi condotti su questo punto sono importanti perchè toccano, si può dire, tutti gli aspetti clinici del problema — dalla tara ereditaria e dai primi disturbi fino al ritmo evolutivo ed alla suscettibilità terapeutica dei fenomeni in atto od in sviluppo. Ed il risultato più concreto ch'essi hanno permesso è l'*esistenza di un'ipertensione endocranica* riconducibile per varî indizi, almeno in via di probabilità, ad un disquilibrio nel gioco dinamico di afflusso e deflusso del liquor cefalo-rachideo.

Una sorta d'idrocefalo, insomma: un idrocefalo discreto e per lo più affatto estraneo ai limiti ed ai criteri diagnostici della neurologia classica, ma pur netto e sicuro negli indizî offerti dalla puntura esplorativa e talvolta — non tanto di rado secondo la mia esperienza — già sospettabile dal radiologo. E non poco istruttivo riesce l'atto stesso della decompressione, purchè condotto con misura prudente: è facile osservare caduta immediata della pressione arteriosa nei casi di persistente aumento, attenuazione o anche scomparsa prolungata della cefalea e specialmente delle sue crisi accessionali di tipo emicranico, beneficio sorprendente del tono nervoso generale nei soggetti colti durante uno dei periodi precoci di fatica e di irritazione.

Sono — ricordiamolo — soggetti giovani, sui 25-30 anni, per lo più tesi ad un alto ritmo intellettuale e nervoso; chiara e probabile la tara ereditaria, evidenti per il medico le oscillazioni vasomotorie con qualche indizio angiospastico. Per ora questi accenni sono modesti e fugaci, rivelano una tendenza che ancora non tocca i limiti di un vero stato ipertensivo. Quando si arrivi all'ipertensione permanente — e come evitare ormai un sospetto concreto per il nostro caso? — tutti i segni endocranici obiettivi appaiono di solito più elevati di grado e più forti, ma anche più effimere le modificazioni spontanee o provocate: invece certe note subiettive, come l'episodio eretistico-astenico e soprattutto la cefalea, possono mitigarsi anche in misura notevole, quasi diminuisse via via nel soggetto la sensibilità locale e generale all'esistente disquilibrio.

L'intima relazione di tempo e di causa fra il vizio endocranico ed il vizio arterioso generale ci sfugge ancora, e se ne comprende il perchè. Se è arbitrario porre il fattore nervoso centrale come momento primo, è pur vero d'altra parte che questi disturbi e questi rilievi a carico dell'equilibrio endocranico non sono sempre nè soltanto secondarî o successivi, ma spesso *precedono* la malattia ipertensiva dichiarata per corrispondere di già ai primi labili segni vasomotori. E forse il quesito cronologico non finisce qui, chè la frequenza di cefalee remote — già sui 15-20 anni d'età — nella storia documentata di molti fra i nostri soggetti e non di rado nella loro storia familiare, non può a meno di lasciarci perplessi e desiderosi di conoscenze nuove su di un tema tanto delicato. Quanti ipertesi, quanti ictus in queste famiglie, in persone giovani!

Dicendo *vizio endocranico*, e schivando lo schematismo troppo spesso arbitrario dei centri vegetativi, ripeto che giova qui considerare non tanto l'encefalo in sè stesso quanto il *complesso nervoso, umorale, vascolare* armonicamente operante nel cranio sotto un suo proprio equilibrio meccanico. Qui merita accenno l'*ipofisi* forse più di quanto si pensava fino ad oggi, ed io confesso un'attenta simpatia personale, pur contenuta doverosamente in termini obiettivi, verso la parte che questo mirabile centro di forze neuro-endocrine sembra giocare anche nell'equilibrio normale e patologico del circolo sanguigno.

E' probabile che l'importanza sua molteplice nella stimolazione e correlazione delle ghiandole endocrine si esplichi nel nostro campo soprattutto verso i surreni ed il tono simpatico, come dà a vedere fra l'altro quella stessa sindrome disendocrina associata a segni pletorico-ipertensivi che il CUSHING ha illustrato di recente con autorità e chiarezza.

Le indagini dei miei giovani collaboratori — DE LEONARDI, ELDA BARENGO, MARTINETTI — procedendo concordi negli Istituti di Milano e di Catania, spero contribuiranno a chiarire in qualche punto l'azione vasomotoria dell'increto neuro-ipofisario ed i rapporti della ghiandola col liquor e la pressione interna del cranio.

Come possa il turbato equilibrio endocranico influire sui centri vasomotori a mo' d'eccitazione episodica o persino permanente, è ancora assai difficile dire nonostante i tentativi ingegnosi del RAAB e di altri. Ma ciò che più importa mostrare è che anche questo fattore, per quanto precoce e sicuramente sproporzionato al vizio circolatorio generale, è pur sempre legato a qualche anomalia già riconoscibile nell'equilibrio arterioso, è parte forse dominante ma non unica nè a rigore *primitiva* di una sindrome vasomotoria a tendenza angiospastica. Sicchè l'idrocefalo stesso, se vogliamo distinguerlo come tipo e natura da tanti altri affatto estranei all'ipertensione arteriosa, dobbiamo ancora definirlo come « vasomotorio », vale a dire come espressione di un momento morboso già creato ed operante nell'organismo.

La speranza di cogliere per questa via, attraverso la patogenesi dei disturbi precoci nella sfera psico-nervosa, il primum movens dell'intiera sindrome circolatoria è dunque preclusa o per lo meno limitata: ripeto che lo studio delle cefalee giovanili, preipertensive, è ancora da fare.

Comunque, il frutto del nostro studio è già importante per la dottrina e per la pratica, poichè ci offre un aspetto ch'è sicuramente fra i più remoti e salienti nella storia di molti soggetti e che può influire in forte misura, come motivo aggravante collegato in circolo vizioso con l'angiospasmo generale, a mantenere ed *accelerare* il ritmo attivo della sindrome fino ai gradi più elevati e pericolosi.

Questa conclusione, nel suo empirismo e nei suoi limiti pratici, mi riconduce naturalmente al tema proprio del discorso. Lasciamo il groviglio sottile dell'intima patogenesi, e vediamo invece come si possa conciliare il problema medico e sociale delle sindromi arteriose spastiche fra il destino proprio dell'individuo e l'opera dei fattori ambiente.

Chi abbia seguito con pazienza i varî aspetti da me accennati è forse indotto ad un certo scetticismo sull'efficacia dell'opera medica in un terreno così carico di tare individuali e familiari, di momenti endogeni a sviluppo remoto, di progresso autonomo fino ad esiti drammatici. Si può sospettare che l'aumento statistico impressionante dell'ipertensione arteriosa, degli scompen-

si cardio-renali, dell'ictus e dell'angor in soggetti non più vecchi di 50 anni, derivi fatalmente *dall'insistere e dal sommarsi* dei fattori ereditari e costituzionali nelle ultime generazioni. E quando si dice « eredità » e « costituzione », è facile avvertire nell'animo nostro una nota di rassegnazione e quasi d'inerzia se non proprio di fatalismo, come chi incontri nella propria opera un ostacolo superiore e *predeterminato* rispetto alle sue forze.

Per buona sorte un atteggiamento simile sarebbe oggi affatto ingiustificato e pericoloso per l'indirizzo del pensiero e dell'azione medica. *Costituzione* non vuol dire soltanto *abito morfologico,* carattere statico imposto ab ovo all'individuo dal mistero ereditario dei « genî »; ma anche e più significa *un insieme di note dinamiche,* di azioni umorali, metaboliche, nervose che, pur obbedendo a loro volta all'orientamento generale predeterminato nell'individuo stesso, sono però sensibili in ampia misura ai fattori ambientali, alle azioni acquisite, ai facili errori ed eccessi nelle abitudini di vita, e finalmente alle nostre terapie.

Dare al problema ereditario, come il mio maestro efficacemente ammonisce, il significato profondo e sostanziale di un *problema biochimico,* che nella qualità dei primi componenti protoplasmatici e nei rapporti chimico-fisici con gli umori potrà forse rivelare aspetti definibili con relativa precisione, è già concetto che apre, direi, uno spiraglio nel blocco in apparenza rigido della costituzione individuale. Oggigiorno varie nozioni biologiche e mediche, dalla chimica degli ormoni e delle vitamine all'influenza episodica o continua delle azioni cosmiche ed ai rapporti fra metabolismo e ghiandole endocrine, *queste ed altre nozioni* ci dicono come l'individuo subisca in senso opposto ed in misura concreta — ora aggravando od accelerando ora invece attenuando e correggendo i suoi primi caratteri somatici e vitali — l'opera modificatrice dell'ambiente fisico e nervoso, dell'alimentazione, delle abitudini, delle malattie.

Al PENDE ed ai suoi allievi dobbiamo ancora un indirizzo nuovo e positivo di studî in questo campo, dove le indagini biologiche in apparenza più lontane rivelano tosto rapporti stretti d'applicazione alla medicina, e questa a sua volta critica sotto nuova luce l'empirismo della propria esperienza. Così è per esempio dei rapporti fra orientamento neuro-endocrino ed alimentazione: il vecchio consiglio medico di limitare la carne ai pletorici angiospastici si accorda col concetto attuale di limitare lo stimolo esogeno, nutritivo, all'eccesso dell'azione simpatico-surrenale.

Il « temperamento angiospastico », la falsa robustezza dei pletorici ipertonici non si chiude dunque nella fatalità della costituzione: norme alimentari opportune, e non esse sole, possono frenarne lo sviluppo facile verso la malattia ipertensiva.

Del resto interroghiamo ancora l'opera ricca e recente della medicina sulla frequenza, sullo sviluppo, sui caratteri della ipertensione e delle sindromi

angiospastiche viscerali o distrettuali. La voce concorde di tutti, denunciandone il crescere di numero e di precocità, insiste sulla manifesta importanza dei fattori ambiente come spinta provocante e *accelerante la tendenza* individuale, importanza che supera le nozioni comuni sulla clinica della malattia e perfino i limiti apparenti della storia ereditaria.

Se v'è qualche cosa di nuovo, è tutto a conforto di questa *atmosfera vitale* risultante insieme di tendenze proprie all'individuo, frenabili tuttavia mercè l'opera paziente di noi medici, e di stimoli estranei eccessivi per qualità e per durata rispetto all'equilibrio individuale. Ed oggi sembra davvero che i fattori psico-nervosi predominino in forte misura, per diffusione per intensità e per continuità, sulle cause tossiche e sugli stessi errori d'alimentazione e di abitudini.

« Malattia della vita agitata », vita per eccellenza americana, dice il RISEMAN! e difatti le statistiche e le indagini d'oltre Atlantico sono impressionanti.

La tensione psichica e nervosa — più intellettuale e lavorativa nell'uomo, più emotiva e legata alla vita biologica nella donna — offre l'aspetto tipico di un circolo vizioso fra il carico portato ab externo e la sensibilità dell'individuo.

Nell'uomo è più facile riconoscere l'eccesso dello stimolo ambiente che costringe od attrae verso un livello troppo alto e continuo di impegno, di attività, di rischio morale e fisico. Gli episodî precoci di irritabilità e di fatica nervosa, acutamente avvertiti dai soggetti e dimostranti l'interessamento dell'equilibrio endocranico secondo i caratteri che ho detto, sono facili soprattutto in queste condizioni : e non è forse puro caso se la quindicina di sindromi giovanili angiospastiche da me studiate negli ultimi due anni comprende solo una donna.

Nella donna è più ricca la sfera emotiva nell'ordine degli affetti e secondo un'impronta generica di nervosismo che tuttavia, lo ricordo ancora, ha qualche cosa di interiore, di chiuso, in confronto della più nota impronta tiroidea. Ma soprattutto, come dicevo or ora, predomina visibilmente in essa quale fattore di disquilibrio circolatorio, quale spina irritativa ad effetto angiospastico, il ritmo proprio intrinseco della vita genitale con le sue ripercussioni neuro-ormoniche e metaboliche, con quel massimo di turbamento nella menopausa che per l'appunto corrisponde all'epoca critica della tendenza ipertensiva. Anche allora il circolo vizioso fra tendenza individuale e fattori esterni è chiaramente espresso dall'emotività delicata e quasi morbosa, dalla sensibilità alle cause cosmiche, dal mutamento del carattere.

Ebbene, *tutto questo terreno consente l'opera medica* : un'opera di prevenzione e di freno per nulla trascurabile, sebbene non radicale, contro l'affermarsi e l'evolvere dell'ipertensione arteriosa sul fondo ereditario costituzionale dell'abito pletorico e della tendenza angiospastica. Qui non posso neppur

brevemente accennare ai criterî ed ai mezzi medici più efficaci, nè sarebbe luogo proprio: ma ve ne sono molti e di varia natura, e spetta al medico scegliere secondo le condizioni e le attitudini dell'individuo, superando fin dove è possibile il doppio ostacolo opposto dalle necessità sociali e — ancora a questo punto — dal temperamento volitivo ed emotivo dell'individuo stesso, che spinge all'abuso di tensione nervosa.

Nulla di assoluto nè di sicuro in questo campo: nè conviene affidarsi ad un ottimismo senza riserva nella nostra lotta contro le prime avvisaglie della malattia ipertensiva, quando ogni giorno noi siamo costretti, non senza pena, a constatare l'inefficacia sostanziale delle nostre cure contro la sindrome dichiarata e la forza intrinseca del momento endogeno anche in soggetti relativamente difesi dai fattori esterni. S'aggiunga il numero ancora notevole di casi affatto latenti, e per ciò stesso sottratti a cure tempestive, e si comprenderà il perchè di una prudente riserva che tuttavia — ripeto ed insisto — non deve inaridire il pensiero e l'opera nostra miranti al precoce riconoscimento e trattamento della tendenza angiospastica.

Oggi sappiamo che molti casi latenti o ignorati sono tali soltanto in apparenza, ma non sfuggirebbero al rilievo oculato della storia familiare e individuale; sappiamo che molti nervosismi irritativo-depressivi hanno significato angiospastico con particolare interessamento endocranico, e che la cura misurata paziente di queste sindromi si dimostra capace di miglioramenti e di remissioni prolungate. E vediamo di giorno in giorno perfezionarsi — fra delusioni e lentezze dipendenti un poco da tradizioni erronee del pensiero medico, oltre che dalla difficoltà propria del tema — vediamo, dico, perfezionarsi ed arricchire la provvista di mezzi *chimici e biologici* dotati di azione sintomatica in senso sedativo, vasodilatatore, antitossico, neuro-ormonico.

I mezzi fisici offrono a loro volta il campo forse più attraente in questa lotta. Già lo dice l'esperienza comune sul danno di certe influenze cosmiche — un temporale, un rigore climatico, uno sbalzo di altitudine — ed invece sul beneficio almeno relativo e provvisorio di condizioni opposte. Ma anche forme più individuate e tecniche di azione fisico-biologica devono attirare lo studio nostro secondo criterî larghi ed obiettivi, e mi basti qui ricordare il gruppo delle forze radioattive, alcuni tipi di elettroterapia, infine le cure termali carboniche che in Italia sono purtroppo scarse di base naturale e di sviluppo medico-sociale.

E ritorniamo finalmente al punto primo, l'eccesso di tensione nervosa, per sollecitare l'interessamento di noi medici su questo aspetto alquanto negativo e generico, ma pur necessario e provvidenziale nella lotta contro lo sviluppo della tendenza angiospastico-ipertensiva.

Come ho già detto, qui tocchiamo il circolo vizioso che si crea gradualmente fra l'impulso fisico-psichico insito nell'individuo e l'azione stimolante o accelerante dell'ambiente e del tenore di vita: l'individuo opera in parte a proprio

danno forzando la sua vita morale ed intellettuale secondo un criterio subiettivo di « necessità » che molto spesso è esagerato ed arbitrario, il medico di contro si sforza di imporre la giusta misura.

Evitando la pedanteria dei regimi severi e dei riposi assoluti, così come l'estremo opposto di un'arrendevolezza che può riuscir comoda dialetticamente ma non è cosa seria nei rapporti medici; evitando sempre quel gioco di « ipertonia-ipocondria » — per dire la frase del KORANY — che una condotta incauta da parte nostra può accendere od accrescere nel paziente, noi cercheremo dunque di favorire questa « giusta misura » di cimento nervoso nelle persone a precoce tendenza angiospastica, secondo criterî e norme in parte generali e comuni, in parte rispondenti all'individuo come tipo psico-fisico e come valore sociale.

Qui finisce, in fondo, l'aspetto obiettivo biologico del problema per lasciar posto al sottile e delicato complesso di critica, di esperienza, di tatto, che dà impronta schiettamente individuale al rapporto fra medico e malato: rapporto che nel caso nostro — e si comprende con quale maggiore difficoltà — tocca non solo il malato ma semplicemente l'individuo predisposto o appena iniziato ad un importante vizio funzionale ed organico. E' il punto massimo cui giunge l'opera della Scuola, opera didattica e scientifica condotta su basi biologiche: il resto è affidato all'indole e all'esperienza d'ogni medico, e non si insegna se non forse mercè l'esempio e la concordia degli ideali.

Ma l'opera di Scuola, quale può e deve svolgersi per eccellenza nei quadri della vita medica universitaria, è ancor ricca di motivi di studio e di probabili frutti. Il discorso mio ormai lungo e forse discorde per tono dalla buona tradizione accademica — me ne sia scusa la passione personale per il tema, creatasi naturalmente dall'esperienza e d'altronde necessaria, io credo, come momento spirituale per ogni indagine medica — il mio discorso dimostra già nei varî accenni fatti quante lacune e quante ragioni di perplessità esistano intorno al problema dei disquilibri del circolo arterioso: eppure io so di aver taciuto altri sottili motivi di dubbio ed altri aspetti di pari o maggiore complessità, che facilmente possono destare discussioni ma soprattutto — e questo assai più vale — meritano nuove indagini.

E poichè la bontà dei risultati dipende — almeno nei limiti del prevedibile e secondo il lento graduale progresso delle nostre conoscenze — dalla bontà dei criterî d'indagine, mi sia lecito chiudere con una riflessione che vorrei valesse davvero come « morale » per il tema discusso: con una parola sulla necessità evidente della stretta collaborazione di intenti e di mezzi fra le discipline mediche più interessate ad un problema di questo genere.

Se ho un poco insistito sulla componente endocranica e sul triplice suo carattere nervoso, circolatorio, umorale, è anche per far vedere fino a che punto un argomento simile entri nel pieno dominio della fisiologia e patologia

sperimentale, della biochimica degli ormoni, della neurologia, della medicina generale. E perchè tacere, pensando alle possibilità curative ed alle nozioni che da esse scaturiscono in modo spesso sorprendente, perchè tacere sull'interessamento della radiologia ed anche della neuro-chirurgia cranica e simpatica, e sui rapporti con le specialità davanti a fenomeni quali l'eclampsia gravidica e la menopausa patologica, il glaucoma, le vertigini?

Collaborazione, per essere parola concreta e moderna, vuol dire per noi concordia non pur di singoli ma di enti organizzati, azione solidale che riunisca competenze e mezzi diversi sul medesimo terreno e con pari dignità. Non è forse inutile, contro l'ostacolo qua e là opposto dall'eccesso di specializzazione didattica e scientifica, ch'io faccia appello all'autorità di un vecchio adagio banale ma espressivo — l'apologo di Agrippa — per ricordare ancora *la bontà del lavoro in armonia* e per assicurare coloro che m'hanno qui ascoltato con benigna attenzione — docenti d'antica esperienza e giovani allievi — sull'indirizzo modesto ma schietto della mia opera di medico e di studioso.

